

Sede Legale:

Lungo Tevere dei Mellini 10, 00193 Roma

Sede Operativa:

c/o Politecnico di Milano - Dipartimento ABC
Via Bonardi,9, 20133 Milano

Per informazioni: info@cneto.it

Sede Legale:

Via Bambaia, 10, 20131 Milano

Sede Operativa:

Via XX Settembre, 15, 20123 Milano

Per informazioni: info@abcsalute.org

INDICE

- 3** Premessa
- 4** Un inquadramento storico:
da alberghi dei poveri a fabbriche per la salute
- 6** Per la sostenibilità economica occorre progettare
con un occhio al futuro



- 8** Ospedali e territorio: antagonismo o sinergia?
- 10** Favorire la convergenza tra chi programma l'assistenza
e chi l'infrastruttura
- 12** Indicazioni concrete verso un nuovo
modello di ospedale

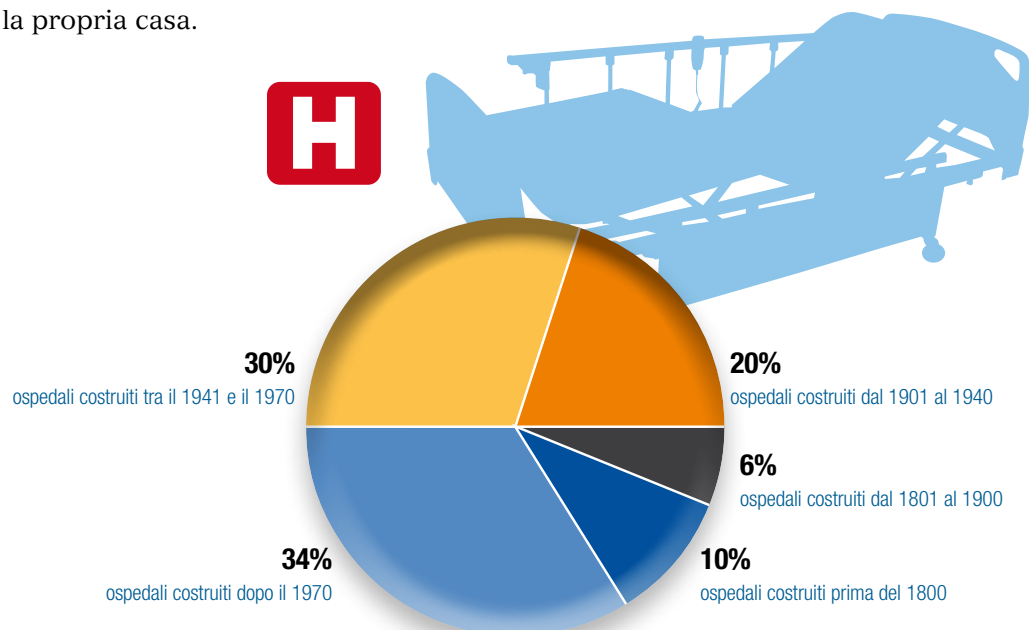
Premessa

FRANCESCO AUXILIA - MAURIZIO MAURI

I due terzi degli ospedali del nostro Paese sono vecchi per tipologia e dotazioni tecnologiche e sono inadeguati per soddisfare un'utenza sempre più esigente in termini di funzionalità, comfort e sicurezza.

La rete ospedaliera necessita quindi di una rivisitazione, con una operazione che coinvolga tutti: i cittadini, i malati, i medici e il personale sanitario, i tecnici, i politici. Bisogna ripartire da un ripensamento profondo, perché strutture e architetture sanitarie senz'anima e senza etica producono una serie di interventi, attività e comportamenti inadeguati. L'ospedale deve diventare anche un luogo di sviluppo scientifico, di cultura sanitaria, di ricerca e di aggiornamento professionale. Ripensare gli ospedali, ecco l'obiettivo del **5° Summit per la Salute di ABC... Salute – Congresso CNETO 2014**, che si è tenuto a Camogli dal 5 al 7 novembre 2014. Nei giorni del Summit, i numerosi esperti presenti si sono confrontati con un obiettivo ben chiaro e condiviso: confrontarsi su come è possibile realizzare un modello di Ospedale per processi integrati di diagnosi cura e ricerca, basato sulla centralità della persona. Il paziente è stato troppo spesso considerato come un numero, una patologia, un letto occupato.

C'è bisogno di un cambiamento di paradigma, che rimetta al centro del sistema il malato. Il paziente come ospite da trattare con calore e riguardo, padrone di spazi che ricordino la propria casa.



Un inquadramento storico: da alberghi dei poveri a fabbriche per la salute

WALTER RICCIARDI

Le forme architettoniche dell'istituzione ospedaliera evolvono adeguandosi alle possibilità di cura del tempo e ai bisogni della popolazione.

L'evoluzione nel tempo delle strutture ospedaliere è stata illustrata da **WALTER RICCIARDI**, del Policlinico A. Gemelli di Roma, che ha dimostrato come i grandi cambiamenti avvenuti nella società nel corso dei secoli hanno lasciato il segno nel modo di progettare e costruire gli ospedali.

Nell'antica Grecia esistevano i cosiddetti *asclepiei*, locali talora vasti e bene attrezzati, per accogliere quei malati che speravano di trovare giovamento, attraverso il sonno, alle loro infermità. Tale pratica, denominata *incubatio*, non escludeva l'applicazione di una medicina empirica da parte dei sacerdoti. Dal IV secolo in poi, soprattutto per merito degli ordini mendicanti, religiosi e militari, furono istituiti ricoveri in prossimità dei monasteri, delle sedi episcopali e, in genere, lungo le principali vie di comunicazione e gli itinerari dei pellegrini.

Gli ospedali conventuali erano strutture di assistenza ospitate all'interno dei monasteri, ove sezioni di edificio venivano riservate e organizzate allo scopo. Nei casi di nuova edificazione, l'architettura dei centri assistenziali e infermieristici si rifaceva alla tipologia basilicale.

L'istituzione ospedaliera trova quindi le sue origini nel modello caritativo del medioevo cristiano per cui gli ospedali erano spazi caritativo-assistenziali aperti a chiunque si trovasse nel bisogno. Con l'avvento della peste, nel 1300, il sistema ospedaliero della carità viene messo in crisi. Di fronte, infatti, a un evento così disastroso e inaspettato, le strutture sanitarie si rivelarono inadeguate e, ancora peggio, gli stessi medi-



L'Hotel-Dieu di Beaune (1452). L'architettura dei centri assistenziali e infermieristici si rifaceva alla tipologia architettonica basilicale dell'epoca, conformi alla tipologia clericale dei luoghi di culto.

ci, bloccati in schemi dottrinari pervasi di errori, furono impotenti nel comprendere le cause e affrontare la malattia.

Si assiste così a un **graduale passaggio dell'assistenza sanitaria dalla Chiesa allo Stato**, che si assumerà la responsabilità di organizzare, controllare e amministrare le strutture ospedaliere.

Nel 1800 si presentano nuovi problemi legati all'eccessivo sfruttamento delle strutture ospedaliere, alla loro collocazione nei centri storici densamente abitati e alla carenza di servizi. Attraverso una serie di studi, analisi e ragionamenti, da parte sia di architetti sia di altre figure professionali tecniche e scientifiche, viene formulato un modello nuovo che prevede la scomposizione dell'edificio singolo in più edifici di un unico complesso. In questo modo si possono isolare le diverse patologie e prevenire il contagio.

Verso la fine del XIX secolo emergono i limiti della struttura ospedaliera a padiglioni, non adatta a ospedali di grandi dimensioni poiché implica l'occupazione di un'area troppo estesa e un'eccessiva distanza tra i padiglioni.

Adeguare gli spazi alle crescenti esigenze assistenziali fu il problema che maggiormente polarizzò

l'interesse dei progettisti del primo '900. Per gli ospedali già costruiti secondo lo schema a padiglioni, la soluzione adottata negli interventi di ristrutturazione e ampliamento fu quasi obbligata: sacrificare le aree verdi interposte tra gli edifici. Le originali planimetrie vennero così sconvolte ed un vero e proprio scempio urbanistico colpì antiche e recenti costruzioni.

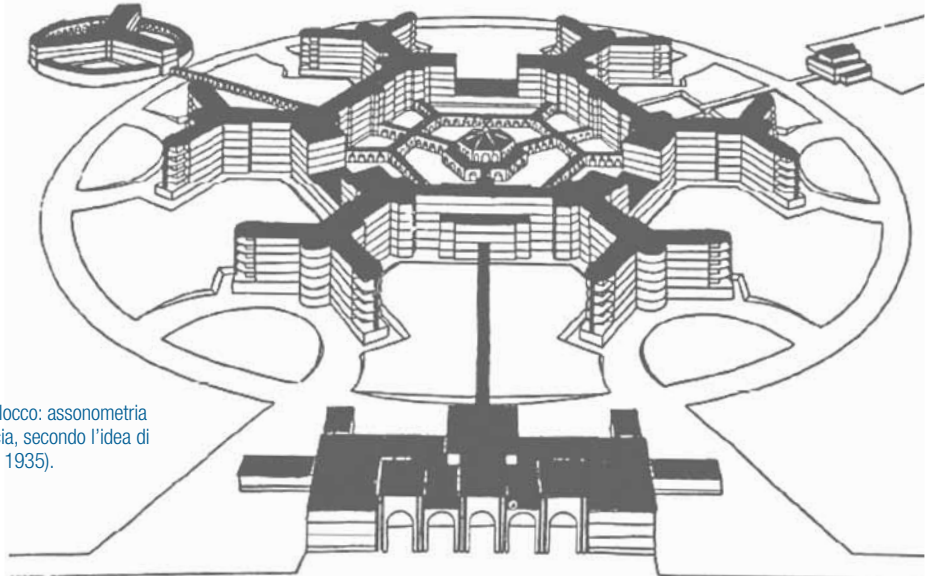
Inoltre la diffusione di nuove teorie nel campo dell'igiene sanitaria e l'affermazione della diagnostica analitica e strumentale modificano profondamente la concezione della cura in ospedale. Questo fatto, insieme all'emergere delle questioni legate all'efficienza dei servizi e alla razionalizzazione del lavoro, porta a contrapporre, alla tipologia a padiglioni, la soluzione dell'**ospedale "monoblocco" dalla forma tipica a "T"**. Questo schema a "T", dove spesso un intero piano sotterraneo è riservato esclusivamente al passaggio di tutte le condutture del fabbricato, in modo che la loro

manutenzione sia resa agevole ed efficiente, viene considerato come un nucleo base soggetto a variazioni: così talvolta si presenta semplificato ma più spesso si arricchisce di ali trasversali e di padiglioni, fino a riprodurre la **tipologia a "poliblocco"**, che in Italia si sviluppa principalmente nei decenni a seguire.

Il compromesso fra la tipologia a monoblocco e a padiglioni, sembra garantire miglior inserimento nell'ambiente urbano, migliori contatti con il giardino, minori costi di costruzione, maggiori possibilità di espansione, pur conservando gli altri vantaggi offerti dal monoblocco.

L'esperienza italiana è caratterizzata dall'adozione della tipologia monoblocco per ospedali di piccole e medie dimensioni e della tipologia poliblocco per ospedali di dimensioni maggiori, con l'obiettivo di evitare un eccessivo affollamento di degenze e servizi in un unico corpo architettonico.

Esempio di ospedale a poliblocco: assonometria dell'Ospedale Civile di Brescia, secondo l'idea di Angelo Bordini (disegno del 1935).



Per la sostenibilità economica occorre progettare con un occhio al futuro

PHIL NEDIN | YEHUDA KALAY

La sfida è costruire edifici funzionali e innovativi che sappiano adeguarsi all'evoluzione della scienza nei prossimi 60 anni.

Progettare un ospedale richiede sempre programmazione a lungo termine: 10 anni è il tempo medio stimato nel nostro Paese che trascorre fra la progettazione e la realizzazione. Come evitare che anche i nuovi ospedali non nascano “già vecchi” a lavori finiti? La risposta è cruciale, soprattutto in un momento di crisi come quello che l'Italia sta attraversando.

Il primo a trattare questo argomento, nel corso del convegno, è stato PHIL NEDIN della Global leader of Healthcare Business. Secondo Nedin, gli standard sanitari hanno importanti ripercussioni sull'economia di una nazione. Un sistema sanitario non efficiente può comportare oneri finanziari molto pesanti come dimostra un recente studio del Department of Health del Regno Unito: una cattiva gestione della sanità può arrecare un danno economico nell'ordine delle decine di milioni di sterline annui.

“Per massimizzare i benefici e minimizzare i costi, vi è la necessità di soluzioni innovative – spiega Nedin – ma quello che davvero è importante per costruire un buon ospedale è **mettere al centro del progetto il paziente** e le sue esigenze”.

Bisogna essere consapevoli, però, che i pazienti sono diversi non solo dal punto di vista medico ma anche per quanto concerne i fattori emotivi. I pazienti “digitali” di oggi, con tutta probabilità, prima di recarsi in ospedale hanno già effettuato una ricerca in internet e si sono documentati sulla loro possibile patologia; il medico quindi si trova di fronte un paziente più informato di un tempo.

Oltre a essere più “tecnologico” e quindi più connesso con il mondo esterno, il paziente del futuro avrà più a cuore la propria *privacy*. La

tendenza dovrà essere quella di realizzare ospedali non più con grandi camerate ma con stanze singole.

“Ma per costruire un ospedale funzionale e innovativo dobbiamo tenere presente anche **l'evoluzione della scienza**. Lo sviluppo di nuove tecniche chemioterapiche, l'avanzamento della biologia molecolare e l'introduzione della nanomedicina porteranno un cambiamento nella diagnosi e nel trattamento della maggior parte delle malattie. Tutto questo deve essere tenuto in considerazione dagli ingegneri, architetti e manager sanitari. La sfida di oggi sta nel costruire edifici che devono essere all'altezza del compito di soddisfare tutti questi cambiamenti per i prossimi 60 anni”, ecco il messaggio conclusivo di Phil Nedin.

“Ci vogliono anni per progettare e costruire un ospedale, e durante quel tempo la tecnologia può cambiare molto”, ha ribadito YEHUDA KALAY dell'Israel Institute of Technology di Haifa. “Gli architetti devono progettare con un occhio al futuro, tenendo conto dei limiti di finanziamento o di spazi”. Per questo la valutazione della qualità funzionale dell'edificio e del suo impatto sulle attività dei futuri utenti è uno dei compiti più difficili che l'architetto si trova ad affrontare nel corso della pratica progettuale.

“Nel passato, norme, manuali e regole di buona pratica hanno parzialmente supportato le scelte funzionali dei progettisti ma oggi risultano inadeguate in relazione all'alto grado di unicità e dipendenza dal contesto dell'organismo edilizio e alla complessità e rapida evoluzione del suo processo d'uso”.

Quando si costruisce un nuovo complesso ospedaliero, per evitare il collasso dell'intero sistema, bisogna includere nel piano di progettazione anche gli impianti sanitari satelliti nei pressi della struttura.

È esperienza comune constatare come, una

PAESE	PIL individuale (US\$)	% Spesa sanitaria/PIL	Spesa sanitaria/persona (US\$, €)	
USA	47.150	17,9	\$ 8.439,85	€ 6.680,69
Norvegia	85.390	9,5	\$ 8.112,05	€ 6.420,17
Danimarca	56.240	11,4	\$ 6.411,36	€ 5.076,68
Olanda	46.900	11,9	\$ 5.581,10	€ 4.418,77
Francia	39.450	11,9	\$ 4.694,55	€ 3.719,21
Svezia	48.900	9,6	\$ 4.694,40	€ 3.716,74
Germania	40.120	11,6	\$ 4.653,92	€ 3.687,12
Belgio	43.080	10,7	\$ 4.609,56	€ 3.649,88
Australia	50.750	8,7	\$ 4.415,25	€ 3.495,23
Irlanda	46.170	9,2	\$ 4.237,64	€ 3.355,10
Finlandia	44.380	9,0	\$ 3.994,20	€ 3.162,46
Regno Unito	36.340	9,6	\$ 3.488,64	€ 2.763,84
Nuova Zelanda	32.370	10,1	\$ 3.269,37	€ 2.587,71
Italia	34.080	9,5	\$ 3.237,60	€ 2.473,42
Spagna	30.550	9,5	\$ 2.902,25	€ 2.299,34
Grecia	26.610	10,2	\$ 2.714,22	€ 2.149,98
Portogallo	21.490	11,0	\$ 2.363,90	€ 1.872,49
Polonia	12.290	7,5	\$ 921,75	€ 730,13
Sud Africa	7.280	8,9	\$ 647,92	€ 512,87
Cina	4.430	5,1	\$ 253,93	€ 200,98
India	1.410	4,1	\$ 57,81	€ 45,76



volta realizzati, gli edifici spesso non funzionano in modo ottimale. Kalay, quindi, ha sottolineato l'importanza di **approcci simulativi nella progettazione architettonica di un nuovo ospedale** al fine di prevedere virtualmente il possibile comportamento degli utenti nell'edificio.

Simulazione di ambienti virtuali e delle attività che vi si svolgono.

Ospedali e territorio: antagonismo o sinergia?

DANIELA SCARAMUCCIA

Se è ormai assodato che l'offerta di cure in ospedale debba integrarsi con quella sul territorio, ulteriori sforzi vanno fatti per garantire una chiara regia complessiva.

In Italia come in altri paesi, da tempo si lavora alla ricerca di soluzioni organizzative sanitarie e sociosanitarie efficaci nel fornire risposte scientificamente valide ed economicamente sostenibili.

La transizione demografica verso *l'aging*, con una popolazione progressivamente sempre più rappresentata da individui in età avanzata (le stime attuali citano che la quota di soggetti ultrasessantacinquenni sul totale di popolazione nel 2030 sarà del 33 per cento) con un'incidenza importante di malattie cronico degenerative e con un conseguente incremento della disabilità, si scontra con i vecchi modelli di assistenza e cura, che hanno da sempre privilegiato una dimensione ospedalocentrica.

“L'incremento della complessità assistenziale obbliga a un ripensamento profondo e a una conseguente riprogettazione sia dei luoghi di cura, che dei modelli organizzativo-assistenziali in atto, – afferma DANIELA SCARAMUCCIA di Value Partners Managing Consulting – favorendo una vera integrazione ospedale-territorio e ridefinendo modelli di assistenza che prevedano da subito il coinvolgimento della persona”.

È in questo nuovo scenario che si rende necessaria un'attenta riflessione in merito all'implementazione e diffusione sul territorio nazionale di **strutture intermedie**, capaci di accogliere quella estesa fetta di popolazione che, per la presenza di problematiche assistenziali sociosanitarie, non risultano trattabili a domicilio ma il cui livello di bisogno non configura il ricorso all'ospedale.

L'integrazione è diventata una necessità e non è più rinviabile:

- per i cittadini che possono risolvere il loro problema di salute in ambulatorio oppure che hanno bisogno di continuità delle cure;
- per la sostenibilità economica del sistema sanitario;
- per i professionisti che partecipano a percorsi efficaci di prevenzione, diagnosi e cura.

Ospedale e territorio fino a oggi, salvo rari casi, non sono riusciti a lavorare in sinergia.

“Eppure a partire dagli anni '90 una serie di iniziative normative hanno incentivato la deospedalizzazione in Italia”, ha spiegato nel corso del suo intervento Daniela Scaramuccia. Ultime fra queste, la normativa presente nella *Spending review* del 6 Luglio 2012, che ha portato una riduzione di circa 3.000 posti letto, con l'obiettivo di arrivare a 3,7 posti letto per mille abitanti.

Alla modificazione della distribuzione geografica di posti letto ha fatto seguito il cambiamento di ripartizione della tipologia (*pattern*) dei ricoveri, con il trend in crescita dei *day hospital* e *day surgery*. La percentuale dei posti letto di *day hospital* ha raggiunto già nel 2004 il 10 per cento del totale (parametro previsto per legge); i ricoveri in *day surgery* sono raddoppiati dal 1998 al 2001, per poi arrivare al 32 per cento dei ricoveri chirurgici totali; la percentuale dei ricoveri diurni sul totale è superiore al 28 per cento. In sostanza, esiste una tendenza verso la **deospedalizzazione**, espressa dalla crescita delle forme assistenziali alternative alla degenza ospedaliera.

“In Lombardia, l'attività ambulatoriale, quasi raddoppiata negli ultimi 9 anni, viene svolta principalmente in ospedale”, ha sottolineato l'ex Assessore alla Sanità della Regione Toscana Daniela Scaramuccia. “Ma come si può gestire la presa in carico dei pazienti a fronte di un sempre minor numero di ospedali?”

La soluzione a questo problema sta proprio nel miglioramento dell'interazione tra ospedale

I 4 ELEMENTI CHIAVE DELL'INTEGRAZIONE TRA OSPEDALI E TERRITORIO

GOVERNANCE CHIARA:

- costituzione di una responsabilità chiara per l'indirizzo delle politiche di cura al fine di garantire coordinamento e allineamento tra personale e strutture ospedaliere e territoriali;
- adozione di strumenti di misurazione su outcome tangibili per valutare la validità terapeutica e l'efficienza economica dei percorsi individuati, delle prestazioni erogate e delle performance dei diversi operatori e attori.

PERCORSI INTEGRATI UNICI (OSPEDALE-TERRITORIO):

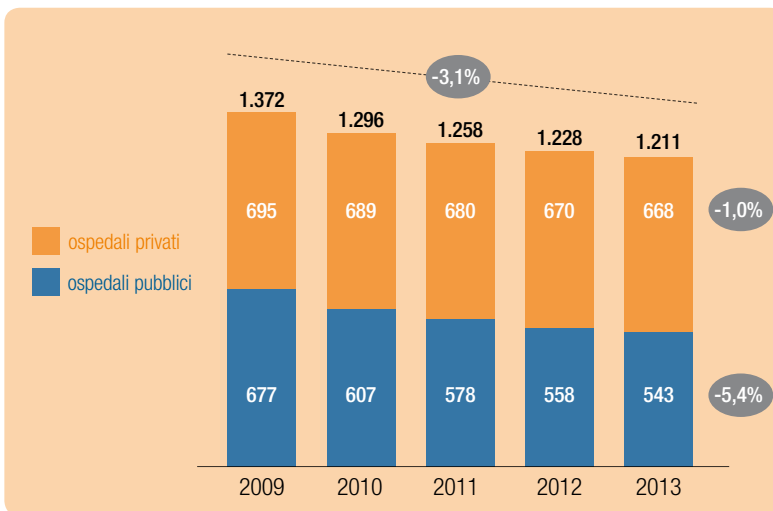
- sviluppo di un modello organizzativo che coordini e integri i servizi extraospedalieri e ospedalieri;
- costituzione di team multi-professionali per seguire il paziente lungo l'intero percorso di cura.

LUOGHI FISICI COMUNI:

- presenza di luoghi fisici di accesso al sistema, di presa in carico e di incontro di diverse figure professionali.

FORMAZIONE INTEGRATA:

- studio di percorsi formativi integrati per medici ospedalieri e territoriali.



Evoluzione del numero ospedali e del rapporto pubblico/privato in Italia, 2009-2013.

e territorio. In questi ultimi decenni, purtroppo, le realtà alternative sul territorio sono cresciute ma non sempre in maniera "organizzata" e integrata con l'ospedale.

La regia complessiva dell'offerta spesso non è chiara, i percorsi e le opzioni sono difficilmente riconoscibili dai cittadini e dagli operatori stessi e non sono omogenei sul territorio regionale. La discontinuità tra ospedale e territorio e tra diversi operatori del territorio stesso si origina anche da un rapporto e confronto tra professionisti non sempre ideale e collaborativo.

In più, non può esserci un trattamento efficace al di fuori di una "alleanza terapeutica" tra medico e paziente. Il medico, ad esempio, ha il compito di prospettare al paziente i vantaggi della chirurgia ambulatoriale: minore invasività della tecnica, pronto rientro a casa, recupero precoce. Ma potrà convincere solo un paziente bene informato, che può contare sul sostegno di uno o più familiari e del proprio medico di famiglia.

Bisogna lavorare ancora tanto, ma sul nostro territorio esistono già alcuni ottimi esempi di in-

terazione tra ospedali e territori: le Case della Salute della Regione Toscana ed Emilia Romagna e i CREg in Lombardia.

In Lombardia, il modello del "prendersi cura" è in sperimentazione dal 2010 in 5 Asl e oggi sono 63.475 i pazienti cronici e 484 i medici di base coinvolti.

In Toscana, fin dal 2010, si sono sperimentate forme di sanità di iniziativa che ora coprono il 40 per cento della popolazione.

In Emilia Romagna sono invece attive 56 Case delle Salute che sono un punto di riferimento per 800.000 persone, circa un quinto della popolazione regionale.

Il tema delle esperienze di continuità delle cure non è nuovo nell'ambito dei Summit di ABC... Salute. Nella passata edizione era stato dedicato ampio spazio all'approfondimento di queste nuove realtà territoriali: si rimanda in particolare all'articolo *Il polo di assistenza integrata sul territorio* a pagina 3 degli atti del 4° Summit per la salute *Affrontare le sfide del futuro*.

Favorire la convergenza tra chi programma l'assistenza e chi l'infrastruttura

PAOLO PETTINELLI

L'offerta e la gestione del Servizio sanitario deve restare pubblica mentre l'infrastruttura sanitaria può essere privata.

“Per affrontare le sfide future bisogna promuovere un momento di riflessione generale, con l'obiettivo di far emergere gli interessi comuni della collettività: l'attività di programmazione del Servizio Sanitario Nazionale e quella dell'edilizia sanitaria devono trovare un punto di convergenza e da lì procedere in maniera allineata”: questa l'opinione dell'avvocato milanese **PAOLO PETTINELLI**.

Il nostro ordinamento autorizza la distinzione

tra il servizio sanitario pubblico, ossia l'organizzazione pubblica del servizio sanitario, e dall'altra l'edilizia sanitaria: questa distinzione ha prodotto due regimi normativi e due trattamenti legislativi che corrono su binari paralleli che nella pratica non necessariamente si incrociano.

L'attività di programmazione, divenuta elemento nodale dell'intero Servizio Sanitario Nazionale e legata al rispetto del principio del contenimento della spesa pubblica, è declinata tra Piano Sanitario Nazionale (PSN), con durata triennale, adottato dal Governo, e i diversi Piani Sanitari Regionali (PSR). Quindi, il Piano Sanitario Nazionale fissa gli obiettivi di salute e definisce i livelli essenziali ed uniformi di assistenza del SSN e le risorse per essi destinate, mentre il



Piano Sanitario Regionale, che ciascuna Regione deve adottare o adeguare entro 150 giorni dalla data di entrata in vigore del Piano Nazionale, è il piano strategico riferito alle esigenze specifiche della popolazione regionale.

L'attività di edilizia sanitaria ha come obiettivo quello di rendere l'infrastruttura sanitaria più funzionale: "La nostra infrastruttura sanitaria dovrebbe essere per un verso riorganizzata, e, per l'altro, riformulata sulla base di criteri dettati dalle patologie e dai bisogni dei pazienti sul territorio" afferma Pettinelli. In altri termini, è la centralità del paziente che dovrà condizionare la realizzazione e la rifunionalizzazione delle infrastrutture esistenti: "La funzionalità e la centralità del paziente dovranno dettare le regole della programmazione dell'azione pubblica".

In questo quadro di riferimento è possibile pensare a modelli di partnership pubblico-privato: se da una parte resta sacro il principio che il servizio sanitario debba essere pubblico e gestito in via quasi esclusiva da soggetti pubblici, l'edilizia sanitaria può prevedere la partecipazione del privato nelle diverse forme ipotizzate dal legislatore e che comunque potranno evolvere nel tempo.

"È un punto a cui si arriva solo dopo un processo di elaborazione culturale – prosegue Pettinelli – che parte dall'accettazione del principio per cui non è necessario che un'infrastruttura sanitaria resti in mano pubblica, mentre deve restare il servizio pubblico sanitario. Solo quando la collettività, fatta di politici, di pubblici ammi-

nistratori e di cittadini, avrà metabolizzato questo principio, si potrà discutere con profitto della nuova struttura sanitaria e prendere seriamente in considerazione soluzioni come quella del contratto di disponibilità, che presuppone che la proprietà dell'infrastruttura sanitaria resti in mano al privato, permettendo di liberare risorse pubbliche da riversare sul servizio sanitario".

La **liberazione delle risorse** rappresenta uno dei grossi temi su cui programmare un lavoro di ripensamento della sanità: "Un percorso di aumento delle risorse disponibili può essere realizzato sia smobilizzando il patrimonio immobiliare degli enti pubblici sanitari sia, come detto prima, rinunciando agli investimenti nell'infrastruttura sanitaria. Le risorse liberate e svincolate dagli investimenti potranno essere riallocate sui servizi sanitari in modo da migliorare standard, prestazioni e funzionalità del servizio stesso".

Ma nello stesso tempo bisogna esercitare un rigoroso **controllo della spesa**: sicuramente la spesa sanitaria deve essere oggetto di tagli e riduzioni. Ma questo non può rappresentare l'unica chiave, peraltro virtuosa, volta al ripensamento della sanità. In particolare occorre che la pubblica amministrazione parta dalla conoscenza dettagliata di quanto e come spende. Per evitare una polverizzazione degli acquisti di beni e servizi, che rende molto difficile il controllo della spesa, una soluzione possono essere le "centrali di acquisto" da realizzare mediante organi o soggetti istituzionalmente deputati.

Indicazioni concrete verso un nuovo modello di ospedale

MAURIZIO MAURI

Il principio di considerare il paziente al centro del nuovo ospedale è stato trasformato dai Gruppi di lavoro CNETO in una serie di raccomandazioni specifiche.

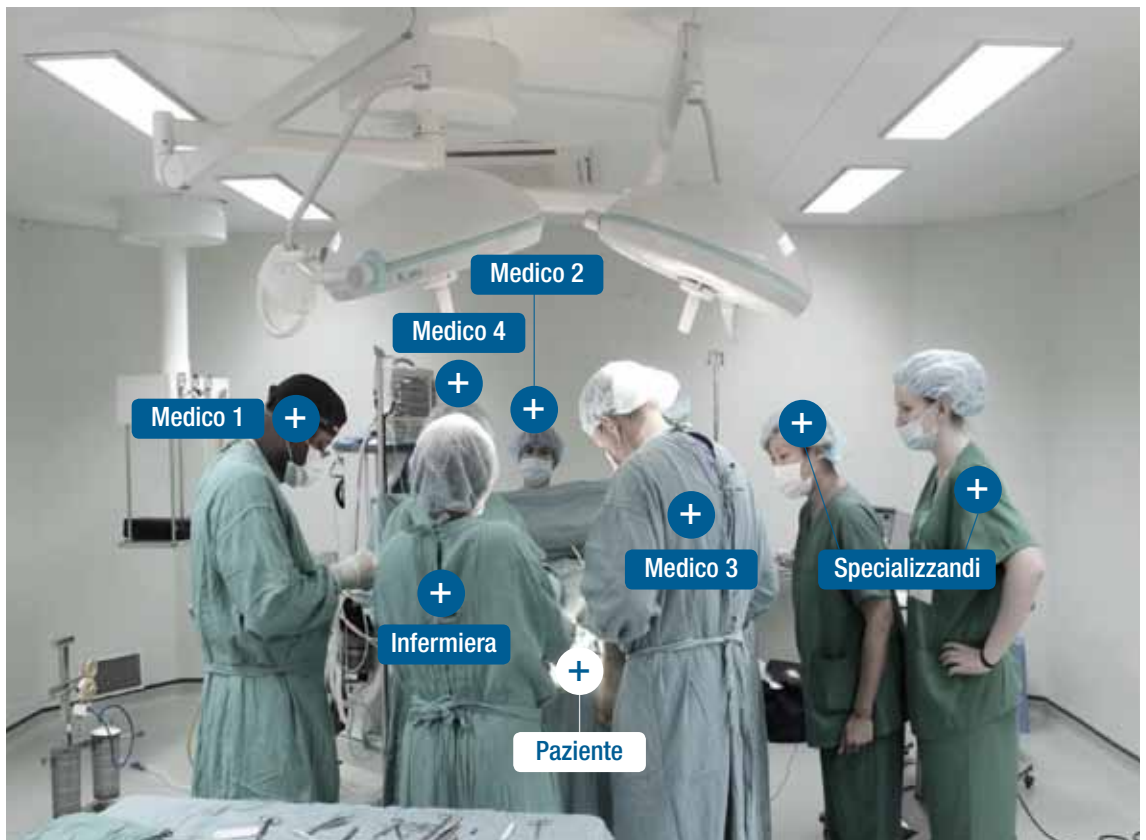
Un'intera giornata del Summit è stata dedicata alla discussione dei gruppi di lavoro multidisciplinari di CNETO, incaricati di elaborare proposte concrete per un nuovo modello di ospedale.

“Il principio guida della nostra riflessione – ha ribadito **MAURIZIO MAURI**, presidente di CNETO e di ABC... Salute, lanciando l'avvio dei lavori di grup-

po – deve essere la soddisfazione delle necessità del malato, che è la ragion d'essere dell'ospedale, e non più solo le esigenze degli operatori. Il punto di arrivo, invece, dovranno essere una serie di indicazioni sulle migliori pratiche da seguire nei diversi aspetti di cui bisogna tener conto per la costruzione di un nuovo ospedale e che abbiamo raggruppato in 5 macroaree: *Ambiente costruito; Organizzazione e gestione; Economia, finanza e normativa; Comunicazione; Formazione e ricerca*”.

Alla fine del Summit, durante le presentazioni dei loro elaborati, tutti i relatori dei diversi gruppi

Persone



di lavoro hanno concordato sul fatto che solo applicando delle *best practice* sarà possibile:

- migliorare la vita dei cittadini nel momento della debolezza;
- innescare un forte sviluppo e rilancio economico;
- ritrovare e migliorare il consenso

Nei paragrafi successivi sono riportate, a titolo esemplificativo, alcune delle raccomandazioni emerse dai gruppi di lavoro CNETO, che hanno ragionato su molti temi.

Ciascun tema sarà poi ripreso ed affrontato nella collana di quaderni (vedi la tabella a fianco con l'indice di quelli programmati), di prossima pubblicazione sul sito (www.cneto.it) secondo uno schema comune che prevede un'analisi di contesto, un elenco di *best practice* e alcuni esempi di soluzioni avanzate e riproducibili.

Raccogliendo indicazioni, consigli e suggerimenti per progettare, realizzare e gestire Ospedali di qualità ed efficienti, la collana di quaderni CNETO si propone come uno strumento per sostenere le decisioni di chi ha la responsabilità tecnica e politica di rinnovare il sistema ospedaliero italiano.

INDICE DELLA COLLANA DI QUADERNI CNETO

• Presentazione generale della collana

AREA AMBIENTE COSTRUITO

- Pianificazione territoriale e urbana
- Architettura: aspetti funzionali e distributivi
- Architettura: qualità architettonica e sostenibilità
- Architettura: impianti, domotica ed ergonomia
- Architettura e sicurezza

AREA ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

- Modello organizzativo e gestionale
- Sistemi di gestione per la qualità
- ICT
- Health Technology Assessment
- Segnaletica

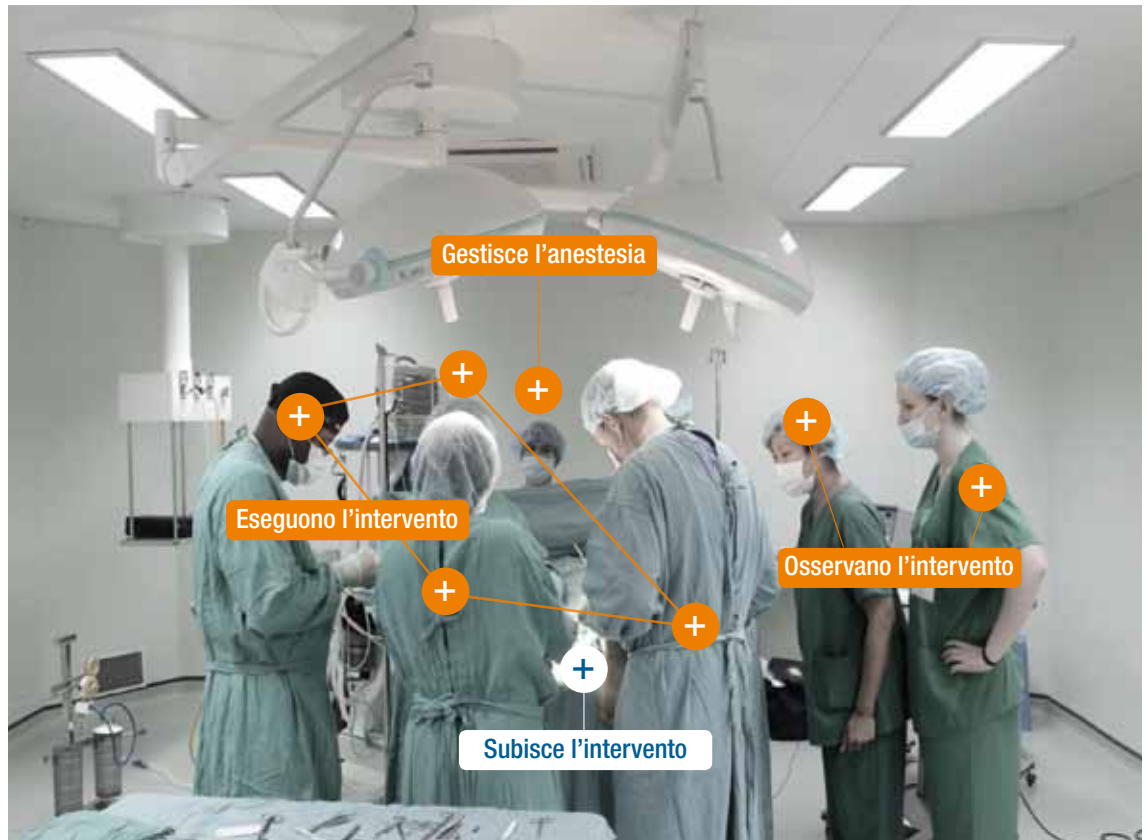
• Economia, finanza e normativa

• Comunicazione

• Formazione e ricerca per l'innovazione

• CSST

Attività



Raccomandazioni nel settore

Pianificazione e progettazione



La previsione di una nuova struttura ospedaliera sul territorio deve nascere da una rigorosa valutazione di tutti gli aspetti che concorrono alla buona riuscita del progetto siano essi di carattere urbanistico, infrastrutturale, ambientale ma anche e soprattutto economico: il tutto nella consapevolezza che agli impianti ospedalieri compete una responsabilità di tipo diretto per la qualità dell'ospitalità e di tipo indiretto sugli oneri di realizzazione e gestione di ogni struttura sanitaria.

Non bisogna più concepire e realizzare ospedali isolati come cattedrali nel deserto ma devono essere progettati e costruiti per potersi integrare con altre strutture, sia "orizzontalmente" con strutture di pari livello (altri ospedali) che "verticalmente" con quelle di differente tipologia (cure primarie, assistenza domiciliare). L'estetica dovrà giocare un ruolo chiave, di diretta comunicazione con il paziente cercando di trasmettere serenità e benessere. I limiti tra verde, edificio ospedaliero e città non devono essere rigidi come in passato;

nella progettazione e realizzazione devono confluire sicuramente efficienza e sostenibilità. La flessibilità deve essere alla base della concezione architettonica, garantendo cambiamenti secondo le esigenze terapeutiche, tecnologiche, organizzative e formali. Tranquillità e fiducia rispetto all'ospedale dipendono anche dalla sicurezza ambientale, tecnico-costruttiva, impiantistica ed igienica del luogo. Nell'ospedale deve essere presente la ricerca clinico-scientifica che favorisca aggiornamento e

adeguamento alle ultime novità sul campo. I tempi sono cambiati: bisogna riflettere sullo stato d'animo di chi subisce direttamente o indirettamente un ricovero e cercare, con la concezione dell'edificio, di rendere questo momento meno traumatico possibile. L'attenzione per il paziente dovrà essere al primo posto anche quando si dovrà ripensare alla sua degenza: visite di parenti libere tutto il giorno, possibilità di ospitare un accompagnatore, tutela della *privacy*.

UN PROGETTISTA DEVE:

- Avere maggiore attenzione in fase di definizione progettuale alla evoluzione tecnologica in corso;
- Considerare che a un aumento di funzioni corrisponde un incremento delle dotazioni tecnologiche;
- Contrapporre all'avvicinarsi delle funzioni sanitarie la flessibilità delle dotazioni tecnologiche;
- Estendere i concetti di affidabilità e continuità di servizio, solitamente riservati agli impianti elettrici, anche a quelli meccanici;
- Curare la rispondenza ai principi della sostenibilità di tutte le componenti impiantistiche con evidenziazione di quelle obbligatoriamente non rispondenti.

Raccomandazioni nel settore

Organizzazione e gestione



Il momento della gestione di un ospedale è visto spesso come la logica conseguenza delle fasi di ideazione architettonica, progettazione e realizzazione. Questa sequenza è errata e pericolosa: predestina l'opera, al di là del risultato estetico, a un probabile fallimento o comunque a una vita difficile. Invece, per dare vita al progetto occorre definire fin da subito quale sarà l'attività specifica e le modalità di funzionamento, organizzative e gestionali. Innanzitutto bisogna avere ben presenti quali sono le logiche e le necessità che hanno spinto la committenza a pensare alla realizzazione di un nuovo ospedale.

Quindi è necessario raccogliere le aspettative che ciascuno ripone nella nuova struttura, a seconda del tipo di lavoro che vi svolge. Per questo occorre fare un grande sforzo di immaginazione, staccarsi dalle modalità di lavoro assodate per proiettarsi verso come si lavorerà quando l'opera sarà realizzata. Bisogna evitare di dare per scontata ed immutabile una metodologia gestionale vecchia. La nuova struttura deve essere pronta a subire modificazioni in base al cambiamento delle esigenze o delle richieste, degli operatori come dei pazienti. Quindi occorre delineare con grande precisione percorsi riconoscibili, che tengano conto dei flussi di persone e merci:

la semplificazione deve farla da padrona, ma è importante che tutto sia ordinato. Le distanze devono essere studiate accuratamente perché i grandi percorsi obbligano investimento di tempo e di persone assolutamente anti economici. Importantissimo poi, in questo sforzo di prevedere il futuro, è disegnare il sistema di manutenzione, facendo attenzione alla sua economicità. Nella pratica la buona gestione è il risultato del lavoro collegiale di un team che riunisce preparazione ed esperienza differenti: in un elenco non esaustivo si possono menzionare medici, infermieri, tecnici, gestori, ingegneri ed architetti, impiantisti, economisti, esperti del lavoro e legali.

Raccomandazioni nel settore

Economia e finanza



Quanto costa un ospedale concepito in maniera innovativa? Servono in media 150 milioni per la costruzione di un nuovo ospedale da 300-400 posti letto, ma Stato e Regioni, oggi, non sono in grado di farsi carico di questo investimento. D'altro canto, negli ospedali vecchi enorme è l'inefficienza, con sprechi inaccettabili, provocati proprio dalla inadeguatezza strutturale, sia nella gestione clinica che in quella immobiliare e amministrativa. Si crea così un circolo vizioso nel quale la mancanza di investimenti crea perdite gestionali ben maggiori in pochi anni

dell'ammontare degli investimenti non fatti.

Lo Stato potrebbe farsi carico del finanziamento solo di piccola parte di questo importo, trasferendo alle regioni parte dei fondi per nuovi ospedali, ma solo a condizione che assicurino l'adozione del nuovo modello. E altre risorse potrebbero essere reperite dalle regioni ricorrendo a Partnership Pubblico Privato (PPP), come ad esempio il *Project Financing*. Oppure all'affidamento della realizzazione delle strutture con modalità innovative, a cura e spese di fondi etici sociali di

investimento che affittino agli enti pubblici gestori i nuovi ospedali, finanziati e realizzati dai fondi in base a progetti gestionali e edilizi condivisi, secondo un modello già sperimentato con successo da strutture ospedaliere private, con assoluta garanzia di idoneità e qualità e rispetto delle norme grazie a controlli attentissimi. Ecco la proposta del ricorso a Fondi etici immobiliari che sostengano i finanziamenti per edifici e impianti e li affittino a aziende ospedaliere che gestiscano le attività, in una virtuosa partnership fra pubblico-privato.

Raccomandazioni nel settore

Comunicazione



Gli operatori, ma anche la struttura stessa, dovranno sviluppare una comunicazione efficace e costante. Oggi la sfida che spetta all'ospedale è di trovare l'equilibrio tra la macchina che deve fare diagnosi e terapia secondo sistemi sofisticati ma molto disumanizzanti, e una struttura che sia accogliente, a misura d'uomo e in cui tutto sia centrato a soddisfare le esigenze di quella persona particolare in quel momento. Inoltre, l'incapacità per il paziente di orientarsi all'interno dell'ospedale o di interagire

con la struttura, oltre che un problema di incomunicabilità, diviene sicuramente un fattore di insicurezza, sia a livello psicologico-emotivo che fisico. Particolare attenzione deve essere prestata alle caratteristiche spaziali e ambientali dell'ospedale e agli ausili informativi (segnaletica) che devono essere collocati in posizioni "strategiche" nell'edificio e trasmettere sicurezza. Ospedali grandi e "grigi" con poche o pessime segnaletiche disorientano il paziente. L'uso

funzionale e consapevole del colore può contribuire a umanizzare gli spazi ospedalieri. Il senso di spaesamento molto spesso nasce prima di arrivare in ospedale. Il "biglietto da visita", infatti, con cui "si fa conoscenza" in prima istanza con la struttura sanitaria, è oggi il sito internet dell'ospedale. Da una prima analisi, presentata nel corso del Summit, emergono siti web "contenitori istituzionali" disomogenei e spesso parziali, confusi, di non immediata e facile consultazione.

Raccomandazioni nel settore

Formazione



Non bastano strutture all'avanguardia e una efficace organizzazione del sistema socio-sanitario. Nessun modello di governo infatti può prescindere dalla formazione di professionisti valenti, preparati e qualificati, pronti ad affrontare l'evoluzione delle conoscenze e ad acquisire in maniera autonoma tutte quelle informazioni fondamentali per poter affrontare le criticità, che spesso generano insoddisfazione di pazienti e operatori. L'aggiornamento continuo è quindi il presupposto indispensabile per l'adeguamento all'evoluzione tecnologica e professionale della medicina. L'area della formazione, della

didattica e dell'aggiornamento va acquisendo, poi, sempre più una rilevanza dimensionale e un'articolazione maggiore. È una delle funzioni aperte della città che possono svolgere un'efficace funzione di "ponte" tra interno ed esterno. Ma come si può migliorare il sistema di formazione? Innanzitutto ripensando il percorso formativo previsto per i medici di medicina generale, attualmente separato rispetto alla filiera formativa universitaria, al fine di trovare una maggiore coerenza tra i contenuti e i modelli didattici. Solo una nuova e proficua collaborazione tra università e strutture ospedaliere può migliorare il sistema. Ma

questo tipo di collaborazione non deve dimenticare i piccoli centri che spesso sono rimasti ai margini della formazione a scapito dei grandi poli ospedalieri. Per questo l'intero sistema sanitario si deve fare promotore di corsi di formazione a distanza. Attraverso la teledidattica si facilita la formazione continua e quella aziendale, specialmente per le organizzazioni con una pluralità di sedi. Per questo tipo di attività e insegnamento è necessario prevedere anche la creazione di un "*Hospital Planner*", una figura in grado di gestire la complessità dell'"architettura" ospedaliera.



C.N.E.T.O.

Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera

Associazione LEADER, ufficialmente riconosciuta, fondata nel 1954, che raduna esperti nei principali settori delle ATTIVITÀ PER LA SALUTE



ABC...Salute

È un'associazione culturale senza fini di lucro costituita nel 2002 con l'obiettivo di diffondere la cultura della salute come bene irrinunciabile a livello individuale e collettivo. L'associazione riunisce esperti delle diverse discipline della sanità, operatori della salute che rappresentano diverse professionalità e competenze in gioco.